

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:

«Режим и организация питания больных»

Выполнила: студентка 3 группы,
1 курса, педиатрического факультета
Фастова Анастасия Александровна

Проверил:

Волгоград 2018 г.

План

Введение.....	3
Цели и задачи.....	4
1. Лечебный режим	5-7
1.1 Лечебно-охранительный режим.....	5-6
1.2 Санитарно-противоэпидемический режим.....	6-7
2. Индивидуальный режим пациента.....	7-8
3. Организация питания.....	8-11
3.1 Кормление тяжелобольных	10-11
4.Лечебные диеты.....	11-15
Вывод.....	16
Список литературы.....	17

Введение

Соблюдения режима и полноценное питание является важнейшей составной частью качественного лечения хирургического больного. Известно, что его недостаток значительно усугубляет заживление раны, приводит к тяжелому течению госпитальной инфекции.

Обеспечение соблюдения лечебного режима и адекватного питания для больного играет важную роль в процессе его выздоровления. Клинически задачи режима и питания включают в себя поддержание нормального психического состояния и веса тела больного в период выздоровления.

Цели и задачи исследования

Цель: Изучить режим и организацию питания в лечебных учреждениях.

Задачи:

1. Проанализировать литературу по данной теме;
2. Ознакомиться с лечебным режимом и его видами;
3. Ознакомиться с индивидуальным режимом пациента;
4. Рассмотреть организацию питания в лечебных учреждениях, виды питания;
5. Рассмотреть особенности питания тяжелобольных пациентов;
6. Ознакомиться со столами лечебного питания.

1. Лечебный режим

Лечебный режим — программа рационального распределения и использования активности больного на протяжении лечения и всего периода реабилитации. Существует несколько видов лечебного режима: лечебно-охранительный и санитарно-противоэпидемический.

1.1 Лечебно-охранительный режим - определенный порядок, установленный в лечебном учреждении для создания оптимальных условий выздоровления больных, обязательный для выполнения пациентами, активно создаваемый и поддерживаемый персоналом.

Он включает в себя следующие элементы:

- Обеспечение режима щажения психики пациента.
- Строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня.
- Обеспечение режима рациональной физической (двигательной) активности.

Психологический покой пациента обеспечивают путём соблюдения следующих правил:

- Создание тишины в отделении: следует разговаривать негромко, не заниматься уборкой помещений во время дневного и ночного отдыха пациентов, не разрешать пациентам громко включать радио и телевизор.
- Создание спокойного интерьера: пастельные тона окраски стен, мягкая мебель в холлах, цветы
- Соблюдение основных принципов медицинской этики. Необходимо требовать от пациентов соблюдения распорядка дня в отделении и не нарушать его самим.

Режим дня создаёт благоприятные условия для выздоровления пациентов, так как при его выполнении соблюдается режим питания пациентов, чётко выполняются лечебные назначения и санитарно-гигиенические мероприятия.

Основу лечебно-охранительного режима составляет физическая активность пациента, которая предупреждает развивающуюся вследствие длительного пребывания в больнице гипокинезию, являющуюся также атрибутом образа жизни большинства людей в современном обществе. Построенные по определенным правилам движения больного предоставляют возможность направленно стимулировать восстановительные процессы и создают условия для излечения и восстановления функций. Дозированная физическая активность перестраивает патологический стереотип в нервной системе и формирует оптимальные соотношения импульсных потоков в соматосенсорной системе. Правильно назначенный двигательный режим способствует скорейшему восстановлению работоспособности и ускоряет развитие и упрочение компенсаций (обучение новым бытовым и трудовым навыкам). За счет активации экстракардиальных факторов он позволяет повысить функциональные резервы сердечной системы.

1.2 Санитарно-противоэпидемический режим - это комплекс организационных, санитарно-профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение внутрибольничной инфекции.

Санитарно-противоэпидемический режим включает требования:

- к внешнему виду медицинского работника,
- к санитарному состоянию территории, на которой размещена больница,
- к санитарному состоянию внутреннего оборудования больницы,
- освещения,
- отопления,

- вентиляции,
- санитарного состояния помещений.

Несоблюдение санитарно-гигиенического режима приводит к увеличению риска распространения внутрибольничных инфекций, т. е. инфекций, которые возникают у медицинского персонала, связанного с лечением и уходом за больными, из-за нарушения правил антисептики и асептики, или у больных. К внутрибольничным инфекциям относится грипп, гепатит В, скарлатина, корь, ветряная оспа и др. Нарушение правил и требований санитарно-гигиенического режима приводит к загрязнению помещений, распространению патогенных микробов и распространению насекомых и грызунов.

2. Индивидуальный режим пациента

Индивидуальный режим относится к лечебно-охранительному режиму. Пациенту его назначает врач. Конкретная разновидность зависит от состояния пациента (степени тяжести заболевания) и характера заболевания.

- Строгий постельный режим - пациенту категорически запрещено активно двигаться в кровати и тем более вставать; уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).
- Постельный режим - пациенту запрещено вставать с кровати, разрешено поворачиваться и сидеть в кровати. Уход за пациентом осуществляют палатная медицинская сестра и младший медицинский персонал (кормление, личная гигиена, поднос судна и пр.).
- Полупостельный режим - пациенту запрещено выходить из палаты, разрешено садиться в кровати и на стул для приёма пищи, утреннего туалета, пользоваться креслом-судном. Разрешается приём пищи в положении сидя.

- Палатный режим - пациенту разрешаются передвижение по палате и мероприятия личной гигиены в пределах палаты. Половину дневного времени пациент может проводить в положении сидя.
- Общий («свободный») режим - пациенту разрешено ходить по отделению и в пределах больницы (коридор, лестница, больничная территория).

3. Организация питание

Лечебный режим обеспечивает своевременное и правильное питание больных.

Питание - один из важнейших факторов, оказывающих значительное влияние на здоровье, работоспособность и устойчивость организма к воздействию окружающей среды. Ещё Гиппократ говорил, что «...пища должна быть лекарством, а лекарство - пищей».

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лечебное питание - питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи. Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Режим питания определяет время и количество приёмов пищи, интервалы между ними и пищевой рацион. Питание должно быть рациональным - физиологически полноценным, с учётом ряда факторов, в

том числе пола, возраста и характера физической активности человека, а также сбалансированным - в пище должно соблюдаться определённое соотношение питательных веществ.

Больные, находящиеся в удовлетворительном состоянии, принимают пищу в столовой. Температура горячих блюд должна быть 65-75⁰С, а холодных – 10⁰ С. Раздачу пищи осуществляет буфетчица. Раздача пищи осуществляется в соответствии с данными палатного порционника. Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются

По методу введения продуктов питания в желудочно-кишечный тракт различают:

- простое (алиментарное) питание, когда больной самостоятельно принимает пищу;
- зондовое, когда питательные смеси вводятся в желудок через зонд или гастростому;
- энтерально-зондовое, когда специальные смеси вводят через двух или трехпросветные зонды в тонкую кишку (в том числе через искусственные свищи).
- парентеральное питание, когда смеси вводят в кровоток.

Кормление больного через гастростому. Для кормления через гастростому используют воронку с надетым на ее дистальный конец обрезанного желудочного зонда диаметром 10 мм. Зонд через отверстие осторожно вводят в просвет желудка, через воронку дробно (по 50-70 мл) вливают жидкую питательную смесь: Мейленграхта, бульоны, жидкие каши, бульоны с протертым мясом и др. объемом до одного литра. Кожу вокруг стомы обрабатывают пастой Лассара или цинковой мазью. Закрывают ватно-марлевым тампоном. После завершения кормления пациент должен находиться в постели около часа.

Энтерально-зондовое питание. Энтеральный двух- или трехпросветный зонд проводят до тощей кишки во время операции на брюшной полости. Кормление проводят подогретой до 37 градусов питательной смесью с протеолитическими ферментами и стимуляторами пристеночного пищеварения (дегидрохолевая кислота, донорская желчь и др.) капельно с частотой 20 капель в минуту.

3.1 Кормление тяжелобольных

При кормлении тяжелобольных пациентов необходимо соблюдать следующие правила:

- Перед кормлением необходимо закончить все лечебные процедуры; убрать и проветрить палату; умыть больного, провести гигиеническую санацию полости рта.
- Если пациент не может сидеть в кровати необходимо придать ему полусидящее положение, приподняв головной конец койки или подложив под спину подушку.
- Шею и грудь больного прикрывают пеленкой.
- Поддерживая голову больного, ложкой или с помощью специального поильника подают в рот пищу и предлагают больному проглотить ее.
- Насильно заливать в рот пищу нельзя, т.к. она может попасть в дыхательные пути с формированием синдрома Мендельсона (реургитация с закупоркой дыхательных путей).
- После кормления пациенту дают прополоскать рот водой, протирают зубы и язык раствором марганцовки или перекиси водорода, протирают лицо мокрым полотенцем.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии для кормления больных, находящихся в бессознательном состоянии, используют постоянные желудочные зонды, которые меняют через 1-2 суток, или вводят их для каждого кормления. Чаще применяют введение зонда диаметром 5 мм

через нос. Зонд диаметром 8 мм вводят только через рот для каждого кормления.

Для осуществления процедуры необходимо:

- Носовые ходы прочищают ватой, с целью анестезии дважды впрыскивают лидокаин, смазывают вазелиновым маслом.
- Осторожно, вращательными движениями, вводят смазанный вазелиновым маслом зонд через носовой ход в пищевод, а затем в желудок.
- Необходимо убедиться, что зонд находится в желудке. Для этого, через зонд с помощью шприца Жане подается воздух и в это время прослушивается желудок фонендоскопом, установленным в области эпигастрия - выявляется шум вдуваемого воздуха (при попадании в трахею - начинается кашель).
- Введение питательной смеси производят дробно - по 50 мл через 2 минуты, в объеме 500-800 мл.
- В качестве питательных смесей могут быть использованы: смесь Мейленграхта, бульоны, подогретое мороженное, детское питание и др.

4. Лечебные диеты

В соответствии с характером патологического процесса разработано 15 типовых диет, которые принято называть столами лечебного питания. Диеты, применяемые в лечебно-профилактических учреждениях, основаны на разработках М.И. Певзнера и А.А. Покровского.

- *Нулевые (хирургические) диеты* - после операций на органах пищеварения, а также при полубессознательных состояниях. Максимально механически и химически щадящее питание (жидкая, полужидкая, желеобразная, протёртая пища) в виде трёх

последовательно назначаемых диет - № 0а, № 0б, № 0 в. Показаны частые приёмы пищи малыми порциями;

- *Диета №1* - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, обострение хронического гастрита с повышенной секрецией. Ограничены сильные возбудители секреции желудка, раздражители его слизистой оболочки, долго задерживающиеся в желудке и трудно перевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в основном протёртой, сваренной в воде или на пару. Отдельные блюда запекают без корочки. Рыба и негрубые сорта мяса допускаются к употреблению куском. Умеренно ограничена поваренная соль. Режим питания: 5-6 раз в день; перед сном молоко, сливки.
- *Диета №2* - хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Физиологически полноценная диета с умеренным механическим щажением и умеренной стимуляцией секреции пищеварительных органов. Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки - отварные, тушёные, запечённые, жареные без образования грубой корочки. Исключают продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются, раздражают слизистую оболочку ЖКТ, а также очень холодные и горячие блюда. Режим питания: 4-5 раз в день без обильных приёмов пищи.
- *Диета №3* - хронические заболевания кишечника с запором. Физиологически полноценная диета с включением продуктов и блюд, усиливающих двигательную функцию и опорожнение кишечника (овощей, свежих и сушёных плодов, хлебопродуктов, круп, кисломолочных напитков и др.). Исключение продуктов и блюд, усиливающих брожение и гниение в кишечнике и отрицательно влияющих на другие органы пищеварения (богатые эфирными маслами, жареные изделия и др.). Пищу готовят в основном неизмельчённой, варят в воде или на пару, запекают. Овощи и плоды в сыром и варёном виде. В диету включают холодные первые и сладкие

блюда, напитки. Режим питания: 4-6 раз в день. По утрам желательны холодная вода с мёдом или соки плодов и овощей, на ночь - кефир, компоты из свежих или сухих фруктов, свежие фрукты, чернослив.

- *Диета №4* - острые энтероколиты с диареей. Резко ограничены механические, химические и термические раздражители ЖКТ. Исключены продукты и блюда, усиливающие секрецию органов пищеварения, процессы брожения и гниения в кишечнике. Блюда жидкие, полужидкие, протёртые, сваренные в воде или на пару. Исключены очень горячие и холодные блюда. Режим питания: 5-6 раз в день небольшими порциями.
- *Диета №5* - при заболеваниях желчных путей и печени. Исключают продукты, богатые азотистыми экстрактивными веществами, пуринами, холестерином, щавелевой кислотой, эфирными маслами и продуктами окисления жиров, возникающими при жарке. Блюда готовят отварными, запечёнными, изредка тушёными. Протирают только жилистое мясо и богатые клетчаткой овощи; муку и овощи не пассеруют. Исключены очень холодные блюда. Режим питания: 5 раз в день; на ночь кефир.
- *Диета №6* - подагра, мочекаменная болезнь с образованием камней из солей мочевой и щавелевой кислот. Умеренное ограничение натрия хлорида, увеличение количества ошелачивающих продуктов и свободной жидкости. Кулинарная обработка обычная, но мясо, птицу и рыбу необходимо обязательно отваривать. Режим питания: 4 раза в день, в промежутках и натощак питьё.
- *Диета №7* – при заболеваниях почек. Пищу готовят без натрия хлорида. Соль выдают больному в количестве, указанном врачом. Количество свободной жидкости уменьшено в среднем до 1 л. Исключают экстрактивные вещества мяса, рыбы, грибов, источники

щавелевой кислоты и эфирных масел. Мясо и рыбу отваривают. Режим питания: 4-5 раз в день.

- *Диета №8* – ожирение. Ограничение свободной жидкости, натрия хлорида и возбуждающих аппетит продуктов и блюд. Блюда готовят в варёном, тушёном, запечённом виде. Используют заменители сахара для сладких блюд и напитков. Режим питания: 5-6 раз в день; на ночь нежирный кефир.
- *Диета №9* - сахарный диабет. Исключены сахар и сладости. Предпочтительны варёные и запечённые изделия, в меньшей степени - жареные и тушёные. Для сладких блюд и напитков вместо сахара используют ксилит или сорбит, которые учитываются в энергетической ценности диеты. Режим питания: 5-6 раз в день.
- *Диета №10* – при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Ограничено содержание веществ, возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, излишне обременяющих ЖКТ, способствующих метеоризму. Мясо и рыбу отваривают. Исключают трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли.
- *Диета №11* – туберкулёз лёгких. Диета с преимущественным увеличением содержания белков, витаминов, минеральных веществ (кальций, железо и др.), умеренным увеличением количества жиров и углеводов. Кулинарная обработка и температура пищи обычные. Режим питания: 5 раз в день; на ночь кефир. Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.
- *Диета №12* – при заболеваниях центральной нервной системой. Максимальное ограничение продуктов, возбуждающих нервную систему. Кулинарная обработка разнообразная, без ограничений.
- *Диета №13* – острые инфекционные заболевания. При разнообразии продуктового набора преобладают легкоперевариваемые,

не способствующие метеоризму и запорам продукты и блюда. Исключены источники грубой клетчатки, жирные, солёные, трудноперевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в рубленом и протёртом виде, варят в воде или на пару. Блюда подают горячими (не более 55-60 °С) или холодными (но не менее 12 °С). Режим питания: 5-6 раз в день небольшими порциями.

- *Диета №14* - мочекаменная болезнь с щелочной реакцией мочи, пиелоститы, фосфатурия. В диете ограничены продукты ощелачивающего действия и богатые кальцием (молочные продукты, большинство овощей и плодов), преобладают продукты, изменяющие реакцию мочи в кислую сторону (хлеб и мучные изделия, крупа, мясо, рыба). Кулинарная обработка и температура пищи обычные. При отсутствии противопоказаний - обильное питьё. Режим питания: 4 раза в день, в промежутках и натощак питьё.
- *Диета №15* - «общий стол». Витамины вводят в повышенном количестве. Допускают все способы кулинарной обработки пищи. Температура пищи обычная. Из диеты исключают наиболее трудноперевариваемые и острые продукты.

Вывод

В результате научно-исследовательской работы было выяснено, что в лечебно-профилактических учреждениях поддерживается как лечебно-охранительный режим, так и санитарно-противоэпидемический режимы, которые соблюдает весь медицинский персонал: от опытных врачей до младших медицинских сестер и санитарок, а так же посетители больных.

Питание больных зависит от заболевания, с которым поступает пациент в отделение, и соответствует диете, назначенной лечащим врачом.

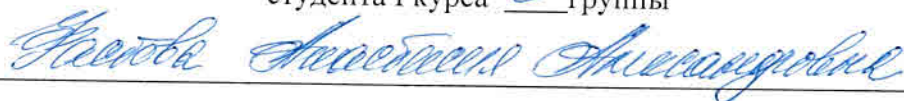
Цель и задачи научно-исследовательской работы были достигнуты.

Список литературы

1. Основы ухода за хирургическими больными: учеб.пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - ГЭОТАР-Медиа, 2015. -288 с.
2. Гигиена труда. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие/ Кирюшин В.А., Большаков А.М., Моталова Т.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с.
3. Общий уход за больными терапевтического профиля: учеб. пос./ Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 3 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.

 В.А. Голуб